

EL TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD :TDHA

Autor: Encarna Aparicio Martínez.

Bloque: Pedagogía Terapéutica

Etapas: Todas



INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) hace referencia a un trastorno específico que, si bien es identificado habitualmente cuando el niño ingresa en la escuela (y en particular, en la primaria), suele aparecer antes de los cuatro años y prolonga sus manifestaciones a lo largo de toda la niñez, siendo frecuente que, con otras características externas, perdure incluso más adelante en la vida, especialmente cuando coexiste con otras circunstancias discapacitantes, como un nivel intelectual bajo.

AD Aula y docentes

Este trastorno posee una mayor incidencia en los varones que en las niñas: entre 6 y 9 veces mayor.

En los últimos 50 años multitud de especialistas han centrado la atención sobre este trastorno por su notable incidencia sobre el rendimiento escolar de los sujetos, así como por su carácter abiertamente disruptivo, no sólo en el contexto escolar, sino también en el hogar y, en general, en todo tipo de situación social.

Durante estos 50 años de estudios e investigaciones, se han pasado por diferentes etapas siguiendo las teorías dominantes en el ámbito clínico en cada época:

El origen del concepto se encuentra en los trabajos de Strauss y Werner en los años 30 y 40 con niños retrasados con lesión cerebral. Ellos proponen la expresión “lesión cerebral mínima” para referirse a un subgrupo de sujetos que, sin presentar una lesión objetivable mediante diagnóstico neurológico, manifestaban las caracte-



AD Aula y docentes

rísticas comportamentales de los individuos con lesión. Las críticas recibidas les obligaron a cambiar de nombre al concepto, conociéndose como “disfunción cerebral mínima”.

En los años 60 y principios de los 70, las críticas al concepto de disfunción cerebral mínima crecieron hasta arrinconar su uso a un sector profesional muy limitado, al constatar la ambigüedad de la categoría y su falta de base empírica. Bajo el empuje creciente del conductismo en el ámbito de la clínica infantil en estos años, creció paralelamente la tendencia a caracterizar el trastorno en cuestión como un síndrome conductual en el que la hiperactividad (actividad motriz excesiva y errática) es considerada el síntoma principal.

Con el declive de los modelos conductistas, y el ascenso de las interpretaciones cognitivas en la clínica infantil, en los años 80 se tiende a enfatizar los aspectos cognitivos del síndrome, en particular el déficit atencional y sus relaciones con las deficiencias observa-

das en tareas de memoria, llegando a establecerse una distinción, a efecto de diagnóstico diferencial entre un trastorno por déficit atencional con hiperactividad y un trastorno por déficit atencional sin hiperactividad.

En la actualidad, la mayor parte de los investigadores y clínicos suelen referirse al TDAH como un síndrome en el que concurren tres síntomas básicos complementarios:

1- El déficit atencional: se define como la incapacidad persistente para el control voluntario de la atención, se manifiesta de múltiples formas, y está asociada a la incapacidad para centrarse en una configuración estimular dada,



AD Aula y docentes

dando la impresión de que el sujeto se ve continuamente “atrapado” por nuevos estímulos, y es incapaz de inhibir la respuesta frente a ellos.

Hoy por hoy, se considera el síntoma más característico y central, dado que tiende a persistir aunque los demás vayan remitiendo.

Normalmente, a los seis años el control de la atención pasa a ser interno; por lo tanto a partir de los seis años éste es el criterio fundamental para diagnosticar el TDAH. En términos generales, se puede afirmar que estos niños presentan dificultades para centrar su atención durante períodos de tiempo continuados; por otra parte, el proceso de atención no llega a estar controlado por estrategias internas, sino lo contrario, el proceso atencional continúa estando dirigido por estimulación externa.

2- Actividad motriz excesiva o hiperactividad propiamente dicha:



AD Aula y docentes

constituye el síntoma más llamativo del TDAH durante la niñez. Tiende a remitir notablemente con el transcurso de los años y puede llegar a ser sumamente leve en la adolescencia, en función de diversas circunstancias.

Consiste en una actividad corporal excesiva y desorganizada que se desarrolla sin una intencionalidad específica u objetivo concreto, asociada generalmente a trastornos en la coordinación motriz, tanto general como óculo-manual, y a movimientos incontrolados.

3- La impulsividad: el tercer síntoma del TDAH hace referencia a los déficits en el establecimiento de un auto-control voluntario por parte del sujeto, que traen como consecuencia un comportamiento sin inhibición y, por tanto, una acusada tendencia a lo que la psicología dinámica ha denominado “acting-out”, o tendencia a “actuar” los impulsos y deseos. Lógicamente, este síntoma queda asociado a una baja tolerancia a la frustración y a la

búsqueda de satisfacción inmediata de los deseos, con incapacidad para diferir la obtención de recompensas.

Existen una serie de síntomas secundarios del trastorno, que el DSM denomina sintomatología asociada y que está constituida por:

- Baja autoestima
- Baja tolerancia a la frustración
- Labilidad emocional
- Temperamento irascible
- Fracaso escolar
- Negativismo desafiante
- Enuresis o encopresis funcional
- Signos neurológicos blandos no localizados
- Disfunciones perceptivomotrices.

Estos síntomas secundarios tienden a aparecer con el tiempo, como una consecuencia del deterioro de la relación social del sujeto que acarrear los síntomas primarios, tanto en el hogar como, sobre todo, en el medio escolar, en donde a las pertur-

AD Aula y docentes

baciones conductuales propiamente dichas se suman los efectos del fracaso académico. Otro tanto ocurre con la autoestima y el autoconcepto.

Las características comportamentales de los individuos con TDAH por ámbitos de relación social, suelen ser las siguientes:

a- En clase /escuela: suele haber falta de persistencia en las tareas, que a menudo no llegan a finalizarse o lo hacen fuera del tiempo previsto; el trabajo autónomo es desorganizado, desestructurado; a menudo el sujeto da la impresión de no estar escuchando lo que se le dice, incluso directa y personalmente, llegando a preguntar reiteradamente lo que se le acaba de decir; profesores y compañeros suelen describirlo como poco cuidadoso con las cosas y tareas, impulsivo y muy desorganizado; a menudo habla cuando no debe, rompe las normas establecidas en el aula, interrumpe, molesta a sus compañeros y manifiesta incapacidad para permanecer sentado (si no

AD *Aula y docentes*

puede levantarse, se agita manifiestamente en su asiento).

b- En el hogar: salta de una actividad otra sin terminar la primera; manifiesta incapacidad para seguir instrucciones; es olvidadizo; choca frecuentemente con sus hermanos por entrometerse en sus actividades; propenso a los accidentes tanto a provocarlos como a padecerlos; es frecuente que reciba regaños de sus padres por coger lo que no debe, romper cosas, etc; suele ser ruidoso e inquieto hasta llegar a molestar a los demás con frecuencia; en situaciones sociales (por ejemplo: visitas) parece incapaz de seguir algunas normas básicas.

c- Con los iguales: choca sobre todo en los juegos reglados, donde no es capaz de seguir las normas y se salta los turnos; se introduce en actividades peligrosas sin aparente conciencia de riesgo; es poco cuidadoso con las cosas de los demás, que suele tomar sin pedir permiso; prefiere los juegos de alta actividad, pero no suele ser hábil en ellos; a

menudo choca con los compañeros, entre quienes suele ostentar un bajo status sociométrico; habla a menudo, rápido y con poca coherencia, aún cuando la actividad exija silencio. En general, la relación con los iguales suele ser problemática.



AD Aula y docentes

BIBLIOGRAFÍA:

- MOLINA (1994): Bases psicopedagógicas de la educación especial. Alcoy: Marfil.
- MOLINA (1986): Enciclopedia temática de educación especial. Tomo III. Madrid: CEPE: BONALS: Trastornos del comportamiento.
- MARCHESI, COLL y PALACIOS (1990): Desarrollo psicológico y educación. Vol III. Madrid: Alianza.
- GARANTO (1990): Trastornos de la conducta en la infancia. Barcelona: PPU.
- VALLÉS ARÁNDIGA (1990): Modificación de la conducta problemática del alumno. Técnicas y programas. Alcoy: Marfil.

